TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr André CHALIER





LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, rue Rachais, 8

1910

TITRES UNIVERSITAIRES

MONITEUR D'ANATOMIE, 1906.
PROSECTEUR à la Faculté, 1908.
DIPLOMÉ d'études d'hygiène de l'Université de Lyon, 1908.
CHARGÉ par le Conseil de l'Université de Lyon d'un voyage d'études scientifiques en Allemagne, 1909.
DOCTEUR EN MÉDECINE de la Faculté de Lyon, 1909.
Chef de Clinique chirurgicale 1912.

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE des hôpitaux de Lyon (concours, 1901).
INTERNE des hôpitaux de Lyon (concours, 1905).
LAURÉAT de la Société des Sciences Médicales (prix de l'Internat, 1908).

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES d'externat et d'internat (1905-1909).
DÉMONSTRATIONS d'anatomie et de médecine opératoire (1906-1908).
CONFÉRENCES d'anatomie et de médecine opératoire comme prosecteur (1908-1910).
Conférences de clinique chirurgicale comme chef de clinique (1912-1913).

Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Chevillon 1911).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

OUVRAGES

1. **Le traitement chirurgical du cancer du rectum : technique, résultats, indications** (Thèse de doctorat, 584 pages, 34 figures, Maloine, éditeur).
2. **La tuberculose osseuse** (En collaboration avec M. X. Delore). 1 vol. de 450 pages, avec 97 figures, *in* Bibliothèque de la Tuberculose, Paris, O. Doin, éditeur, mars 1910.

MÉMOIRES ORIGINAUX

3. **Rhumatisme articulaire tuberculeux** (*Lyon médical*, 17 avril 1904).
4. **Rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire** (*Annales médico-chirurgicales du Centre*, 21 novembre 1904).
5. **Un cas d'empyème sous-phrénique diagnostiqué uniquement par la radioscopie : mouvement de bascule des deux moitiés du diaphragme** (En collaboration avec M. Devic, *Lyon méd.*, 14 mai 1905).
6. **Un cas d'ulcère perforant du duodénum avec péritonite généralisée : intervention, décès, autopsie** (*Gazette des hôpitaux*, 22 juin 1905).
7. **Les découvertes récentes de la physiologie dans le domaine des sécrétions gastriques et intestinales** (Avec J. Chalier, *Gazette des hôpitaux*, 24 mars 1906).

8. **Les ostéites tuberculeuses des os longs de la main et du pied : spina ventosa** (Avec G. Petitjean, *Gazette des hôpitaux*, 12 et 19 janvier 1907).

9. **De la rétraction de l'aponévrose plantaire** (*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1907).

10. **Tuberculose inflammatoire des artères : anévrysmes, en particulier de l'aorte, d'origine tuberculeuse** (*Progrès médical*, 13 avril 1907).

11. **Note sur deux kystes dermoïdes médians du plancher buccal** (Avec H. Alamartine, *Arch. gén. de méd.*, avril 1907).

12. **Pathogénie de l'albuminurie orthostatique : son origine fréquemment tuberculeuse** (*Presse médicale*, 4 mai 1907).

13. **Le nourrison prématuré non débile** (En collaboration avec M. Plauchu, l'*Obstétrique*, juillet 1907).

14. **De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considérations basées sur dix-neuf observations personnelles** (En collaboration avec M. X. Delore, *Revue de chirurgie*, 10 mai 1907).

15. **Cinq cas de péritonite aiguë généralisée consécutive à la rupture de pyosalpinx** (En collaboration avec M. G. Cotte, *Revue de gynécologie*, juillet 1907).

16. **Contribution à la chirurgie thyroïdienne (goitres et strumites)** (En collaboration avec M. X. Delore, *Revue de chirurgie*, 10 octobre 1907).

17. **La scoliose d'origine tuberculeuse** (*Lyon médical*, 10 novembre 1907).

18. **Rétraction des aponévroses plantaires et palmaires d'origine tuberculeuse** (En collaboration avec M. V. Cordier, *Lyon médic.*, 26 janvier 1908).

19. **Pancréatite aiguë hémorragique avec cystostéatonécrose** (En collaboration avec M. L. Bérard, *Province médicale*, 1er février 1908).

20. **Les tumeurs solides et kystiques du tractus thyréo-glosse** (En collaboration avec M. L. Bérard, *Archives générales de médecine*, 1er janvier 1908).

21. **Quelques considérations sur l'anus vulvaire (abouchemnt vul-**

vaire du rectum) (En collaboration avec M. Plauchu, *Province médicale*, 7 mars 1908).

22. **Tuberculose urétrale et périurétrale. Urétrites tuberculeuses. Rétrécissements tuberculeux de l'urètre** (En collaboration avec M. X. Delore, *Gazette des hôpitaux*, 9 mai 1908, et *Annales des organes génito-urinaires*, 1908).

23. **La gouttière dorso-sous-scapulaire et son contenu** (En collaboration avec M. Latarjet, *Lyon médical*, 21 juin 1908).

24. **Luxation traumatique de l'épaule en haut ; issue de la tête humérale à travers une boutonnière formée par le tendon du muscle sus-épineux, sans fracture concomitante** (En collaboration avec M. Tavernier, *Revue d'orthopédie*, 1er juillet 1908).

25. **Le traitement des névralgies faciales par la trépanation de la zone sensitivo-motrice du côté opposé** (*Gazette des hôpitaux*, 17 septembre 1908).

26. **Les tumeurs du cordon spermatique** (En collaboration avec M. Patel, *Revue de chirurgie*, janvier et juillet 1909).

27. **La mobilisation en masse du côlon gauche. De l'extirpation abdominô-périnéale modifiée de l'S iliaque et du rectum par mobilisation de l'angle splénique et du côlon gauche** (En collaboration avec M. Cavaillon, *Lyon chirurgical*, 1er février 1909).

28. **Résultat éloigné (après quatorze ans) d'une résection du genou, maintenue au moyen de l'appareil à prothèse externe de Jaboulay** (*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1909).

29. **De l'ouverture spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux** (En collaboration avec M. Violet, *Revue de gynécologie*, janvier 1909).

30. **Le lymphadénome du rectum** (En collaboration avec M. L. Bérard, *Lyon chirurgical*, 1er juillet 1909).

31. **De la péritonite par perforation dans le cancer du rectum** (*Lyon médical*, 4 juillet 1909).

32. **Sur les grands prolapsus dans les anus contre nature** (En collaboration avec M. L. Bérard, *Lyon chirurgical*, 1er août 1909).

33. **De la résection du rectum cancéreux par la voie sacro-coccygienne** (*Lyon chirurgical*, 1er septembre 1909).

34. **Etude critique de la dérivation préalable, temporaire ou définitive, des matières dans le traitement chirurgical du cancer du rec-**

tum (En collaboration avec M. L. Bérard, *Lyon chirurg.*, 1er novembre 1909).

35. **De l'entéro-rectostomie dans le cancer du rectum ; étude critique** (*Gazette des hôpitaux*, 1910).

36. **Note sur les résultats éloignés de la trépanation du crâne dans la névralgie faciale** (*Gazette des hôpitaux*, 1910).

COMMUNICATIONS

37. **Déformation acquise du pied par rétraction des parties molles plantaires** (Société des sciences médicales, 24 janvier 1906 ; *Lyon médical*, 11 mars 1906).

38. **Goitre plongeant** (Société des sciences médicales, 31 janvier 1906 ; *Lyon médical*, 25 mars 1906).

39. **Tuberculose iléo-cæcale considérée primitivement comme une appendicite. Résection large du segment iléo-cæcal de l'intestin. Présentation de la pièce** (Société des sciences médicales, 7 novembre 1906 ; *Lyon médical*, 25 novembre 1906).

40. **Anomalie rénale congénitale : rein unique en fer à cheval** (Avec Muller et Tavernier, Société nationale de médecine, 26 novembre 1906 ; *Lyon médical*, 30 décembre 1906).

41. **Trois cas de résections gastriques pour cancer. Présentation des pièces anatomiques** (Avec H. Alamartine, Société des sciences médicales, 14 novembre 1906 ; *Lyon médical*, 30 décembre 1906).

42. **Péritonite généralisée par rupture de l'ovaire au cours d'une annexite suppurée. Présentation de l'ovaire perforé** (Société nat. de médecine, 14 janvier 1906 ; *Lyon médical*, 3 mars 1907).

43. **Volumineux cancer ano-rectal extirpé par la voie coccy-périnéale** (En collaboration avec M. X. Delore, Société des sciences médicales, 20 février 1907 ; *Lyon Médical*, 26 mai 1907).

44. **De la strumectomie dans les strumites** (Société des sciences médicales, 23 janvier 1907 ; *Lyon médical*, 14 avril 1907).

45. **Fibrome kystique suppuré de l'utérus observé dans le décours d'une fièvre typhoïde** (Avec M. Delore, Société des sciences médicales, février 1907 ; *Lyon médical*, 12 mai 1907).

46. **Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse** (Soc. des sciences médicales, 6 mars 1907 ; *Lyon médical*, 9 juin 1907).

47. **Tumeur maligne du cordon spermatique (léio-myome malin)** (Société nationale de médecine, 27 mai 1907 ; *Lyon médical*, 7 juillet 1907).

48. **Résultats immédiats de l'opération d'Halsted dans les cancers du sein** (Société de chirurgie, 2 mai 1907 ; *Lyon médical*, 21 juillet 1907).

49. **Fissure congénitale de la commissure labiale droite (macrostomie) avec malformations des maxillaires du même côté** (Soc. des sciences médicales, 1er mai 1907 ; *Lyon médical*, 18 août 1907).

50. **Goitre basedowifié ; ablation ; guérison** (Société des sciences médicales, 22 mai 1907 ; *Lyon médical*, 8 septembre 1907).

51. **Longueur et forme anormales d'un appendice iléo-cæcal** (Société des sciences médicales, 22 mai 1907 ; *Lyon médical*, 8 septembre 1907).

52. **Fracture longitudinale paramédiane de l'occipital** (Société des sciences médicales, 18 juin 1907 ; *Lyon médical*, 6 octobre 1907).

53. **Maux perforants multiples chez un tabétique ; désarticulation de Chopart ; un an après, amputation de jambe à lambeau externe** (Société des sciences médicaels, 26 juin 1907 ; *Lyon médical*, 27 octobre 1907).

54. **Néphrectomie pour tuberculose rénale au début** (Société des sciences médicales, 13 novembre 1907 ; *Lyon médical*, 1er décembre 1907).

55. **Néphrectomie pour pyonéphrose de nature indéterminée ; petit myome du rein** (Société des sciences médicales, 13 novembre 1907; *Lyon médical* 1er décembre 1907).

56. **Opération de Wertheim pour néoplasme du col utérin avec léger envahissement du vagin** (Société des sciences médicales, 13 novembre 1907 ; *Lyon médical*, 1er décembre 1907).

57. **Etude chimique du liquide intestinal humain recueilli chez un malade porteur d'une fistule jéjunale opératoire** (Avec M. A. Morel, Société médicale des hôpitaux, 12 novembre 1907 ; *Lyon médical*, 15 décembre 1907).

58. **Persistance de la veine cardinale inférieure gauche** (Société des sciences médicales, 27 novembre 1907 ; *Lyon médical*, 22 décembre 1907).

59. **Grossesse tubaire isthmique** (Avec H. Violet, Société des sciences médicales, 27 novembre 1907 ; *Lyon médical*, 29 décembre 1907).

60. **Luxation de l'épaule en haut : pièce anatomique** (Avec L. Tavernier, Société des sciences médicales, 12 février 1908 ; *Lyon médical*, 26 avril 1908).

61. **Hydropisie calculeuse de la vésicule biliaire, remarquable par sa mobilité ; cholécystectomie sous-séreuse** (Société nationale de médecine, 27 avril 1908 ; *Lyon médical*, 31 mai 1908).

62. **Cancer de la vésicule biliaire avec fièvre, simulant une cholécystite calculeuse. Ablation. Fistule gastrique tardive** (Société nationale de médecine, 27 avril 1908 ; *Lyon médical*, 31 mai 1908).

63. **Hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour volumineux cancers du col utérin** (Société des sciences médicales, 18 mars 1908 ; *Lyon médical*, 28 juin 1908).

64. **Kyste dermoïde thyro-hyoïdien. Voix eunucoïde** (Société nationale de médecine, 15 juillet 1908 ; *Lyon médical*, 19 juillet 1908).

65. **Cancer du col utérin avec hydrosalpinx bilatéral et ganglions hypogastriques : opération de Wertheim** (Société des sciences médicales, 8 avril 1908 ; *Lyon médical*, 9 août 1908).

66. **Dégénérescence néoplasique des deux ovaires et d'une trompe au cours d'un cancer du col utérin** (Avec H. Violet, Société des sciences médicales, 29 avril 1908 ; *Lyon médical*, 23 août 1908).

67. **Emasculation totale pour cancer de la verge ; résultat éloigné** (Société des sciences médicales, 6 mai 1908 ; *Lyon médical*, 6 septembre 1908).

68. **Résection du poignet datant de dix-neuf ans** (Société des sciences médicales, 24 juin 1908 ; *Lyon médical*, 8 novembre 1908).

69. **Obstruction calculeuse chronique du cholédoque. Cholédocotomie avec drainage de l'hépatique. Cholécystostomie. Guérison.** (Société des sciences médicales, 1er juillet 1908 ; *Lyon médical*, 15 novembre 1908).

70. **Volumineux cancer du haut rectum extirpé par la méthode coccypérinéale** (Société des sciences médicale, 8 juillet 1908 ; *Lyon médical*, 22 novembre 1908).

71. **Perforation spontanée de la trachée par un ganglion tuberculeux englobant le récurrent. Paralysie d'une corde vocale. Mort par asphyxie rapide** (Avec M. P. Cavaillon, Société des sciences médicales, 8 juillet 1908 ; *Lyon médical*, 22 novembre 1908).

72. **Opération en trois temps pour cancer du rectum** (Société des sciences médicales, 11 novembre 1908 ; *Lyon médical*, 13 décembre 1908).

73. **Forme trophique du tabes : maux perforants, pieds tabétiques, résorption du maxillaire supérieur** (Société des sciences médicaels, 18 novembre 1908 ; *Lyon médical*, 27 décembre 1908).

74. **Appendicite grave avec péritonite diffuse sous-ombilicale, et infiltration séreuse de la loge rétro-colique. Drainage abdominal. Laparotomie rectale. Décollement du cæcum et du côlon. Guérison** (Société des sciences médicales, 25 novembre 1908 ; *Lyon médical*, 17 janvier 1909).

75. **Cancer de la parotide. Evidement complet de la loge parotidienne, aprés ligature préalable de la carotide externe** (Société des sciences médicales, 9 décembre 1908 ; *Lyon médical*, 1909).

76. **Cancer du rein droit enlevé par néphrectomie lombaire. Guérison datant de plus de deux ans** (Société des sciences médicales, 13 janvier 1909 ; *Lyon médical*, 18 avril 1909).

77. **Cancer du rectum ave métastases ganglionnaires, pulmonaires et surtout hépatiques (forme hépatique du cancer du rectum)** (Société nationale de médecine, 17 mai 1909 ; *Lyon médical*, 13 juin 1909).

78. **Sur la fréquente nécessité d'enlever l'appendice chez les appendiculaires antérieurement traités par l'évacuation simple des abcès** (Société des sciences médicales, 10 mars 1909 ; *Lyon médical*, 12 septembre 1909).

79. **Volumineux kyste dermoïde latéral du plancher buccal à évolution cervicale** (Société des sciences médicales, 17 mars 1909 ; *Lyon médical*, 19 septembre 1909).

80. **Deux cas d'hématocèles thyroïdiennes suppurées, post-grippales, traitées par la strumectomie primitive** (Société des sciences médicales, 31 mars 1909 ; *Lyon médical*, 3 octobre 1909).

81. **Cancers multiples du segment iléo-cæcal, en ayant imposé à l'opération et même à l'autopsie pour une tuberculose sténosante et hypertrophique de l'intestin** (Société des sciences médicales, 28 avril 1909 ; *Lyon médical*, 31 octobre 1909).

82. **Epithélioma de la verge ; amputation totale du pénis avec évidement complet des deux aines (ablation en un seul bloc)** (Avec

M. L. Bérard, Société des sciences médicales; 28 avril 1909 ; *Lyon médical*, 24 octobre 1909).

83. **Cancer ano-rectal à forme dysentérique ; opération en trois temps** (Société des sciences médicales, 19 mai 1909 ; *Lyon médical*, 21 novembre 1909).

84. **Epithélioma greffé sur un polyadénome du rectum** (Société des sciences médicales, 19 mai 1909 ; *Lyon médical*, 21 novembre 1909).

85. **Lipomes du cordon spermatique** (Société des sciences médicales, 2 juin 1909 ; *Lyon médical*, 5 décembre 1909).

86. **Diverticules de l'S iliaque sus-jacents à un cancer du rectum** (Avec P. Bonnet, Société des sciences médicales, 1er décembre 1909).

87. **Arthrite pyohémique du genou à streptocoques, consécutive à un abcès latéro-pharyngien également à streptocoques. Guérison par le simple drainage du grand cul-de-sac** (Société des sciences médicales, décembre 1909 ; *Lyon médical*, 1910).

COLLABORATION A DES THÈSES

Solle. — Contribution à l'étude de la rétraction de l'aponévrose plantaire (thèse de Lyon, 1906-1907).

Volle. — De l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux d'origine génitale chez la femme (thèse de Lyon, 1907-1908).

Culty. — Le traitement chirurgical du cancer de la verge et ses résultats (thèse de Lyon, 1907-1908).

Gonsolin. — Contribution à l'étude des péritonites généralisées consécutives à la rupture des pyosalpinx (thèse de Lyon, 1908-1909).

Bornecque. — Contribution à l'étude de l'abouchement vulvaire du rectum (thèse de Lyon, 1908-1909).

Malgat. — Le lymphadénome du rectum (thèse de Lyon, 1908-1909).

Portalier. — Contribution à l'étude des léio-myomes du cordon spermatique (thèse de Lyon, 1908-1909).

Xambeu. — L'oblitération complète des artères iliaques primitive et externe sans gangrène du membre inférieur correspondant (thèse de Lyon, 1908-1909).

Barjhoux. — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow (thyroïdectomie et sympathicectomie) (thèse de Lyon, 1910). (En préparation.)

I. — Anatomie et Physiologie

La gouttière dorso-sous-scapulaire et son contenu (Avec M. Latarjet, *Lyon médical*, 21 juin 1908).

Cette étude a été entreprise dans le but de préciser certaines notions anatomiques intéressantes à connaître pour le chirurgien, au cours du curage de l'aisselle dans l'ablation des cancers du sein.

La gouttière dorso-sous-scapulaire est située à la face postérieure du creux de l'aisselle. Dans l'abduction du bras à angle droit, elle revêt l'aspect d'un triangle étroit, à base supérieure, à sommet inférieur. Le bord antéro-externe du muscle sous-scapulaire constitue le côté interne de la gouttière; le muscle grand dorsal son côté externe. L'angle inférieur, ou sommet, répond au point où les deux muscles entrent en contact, au niveau de la pointe du scapulum. La base est formée par l'humérus dans sa portion comprise entre le grand dorsal et l'omoplate. Le plancher de la région est constitué par les fibres longitudinales du grand rond dans les deux tiers inférieurs du triangle. Dans la partie supérieure, la longue portion du triceps passe perpendiculairement, en avant du grand rond, et complète le fond de la gouttière. La gouttière dorso-sous-scapulaire communique avec la région scapulaire proprement dite par l'espace pré-scapulaire. Cet espace est constitué par l'écartement progressif des deux muscles ronds vers leurs insertions humérales. Il est divisé par la longue portion du triceps en deux régions distinctes : en haut et en dehors, le quadrilatère huméro-tricipital, en bas et en dedans, le triangle omo-tricipital.

L'espace dorso-sous-scapulaire est sillonné par un grand nombre de vaisseaux, artériels et veineux, qui font de cette région un véritable *carrefour vasculaire*.

L'artère principale et constante est l'artère scapulaire inférieure. 35 fois sur 50 dissections, nous l'avons vu naître de l'axillaire à l'angle supéro-interne du triangle. Elle longe le bord externe du muscle sous-scapulaire et se divise en une branche interne ou thoracique, et

une branche profonde ou scapulaire, celle-ci traversant le triangle omo-tricipital.

Assez souvent (9 fois sur 50) l'artère scapulaire inférieure naît par un même tronc commun, volumineux, que l'artère circonflexe postérieure, laquelle disparaît ensuite dans le quadrilatère huméro-tricipital.

Dans quelques cas (6 fois sur 50) la circonflexe postérieure naît directement de la branche profonde de l'artère scapulaire inférieure.

Deux fois nous avons vu le tronc de la scapulaire inférieure être l'origine de l'artère mammaire externe.

Les veines du triangle dorso-sous-scapulaire représentent deux courants : l'un, courant veineux inférieur, répond au trajet de la branche thoracique de l'artère scapulaire inférieure; l'autre, courant veineux postéro-supérieur, est formé par deux grosses veines qui viennent la première du triangle omo-tricipital, la seconde du quadrilatère huméro-tricipital (veine circonflexe postérieure). Les deux courants veineux se réunissent à la base du triangle pour former le *tronc veineux scapulo-circonflexe*, cette disposition est constante.

Le nerf du grand dorsal est l'organe le plus superficiel de la région. Il chemine en avant de la branche artérielle inférieure ou thoracique et des veines qui l'accompagnent; il les croise en X très allongé au niveau du tiers inférieur de l'espace, il n'est pas contenu dans leur gaine et s'isole assez facilement.

Tous ces éléments sont contenus dans un tissu cellulo-adipeux assez abondant, qui remplit la gouttière, et où nous avons plusieurs fois constaté la présence d'une véritable chaîne ganglionnaire, satellite des vaisseaux scapulaires inférieurs et du nerf du grand dorsal.

D'après ce qui précède, il nous semble que, pour simplifier l'hémostase au cours du curage total de l'aisselle, on peut systématiquement : 1° lier le tronc veineux unique scapulo-circonflexe à un centimètre de la veine axillaire, et le couper entre deux ligatures; 2° lier le tronc artériel principal contre le bord externe du muscle sous-scapulaire, qui constitue son meilleur point de repère; 3° rechercher contre le bord inférieur de la longue portion du triceps, dans l'aire du triangle et près de sa base, les vaisseaux postérieurs. Ces trois ligatures posées, on peut curer la gouttière de haut en bas, sans grande hémorragie. Il suffira, en terminant, de poser quelques fils sur les veinules peu importantes de la partie inférieure de la région.

Anomalie rénale congénitale : rein unique en fer à cheval (Avec MM. Muller et Tavernier, *Lyon médical*, 30 décembre 1906).

Persistance de la veine cardinale inférieure gauche (*Lyon médical*, 22 décembre 1907).

Sur un sujet adulte de l'amphithéâtre d'anatomie, j'ai rencontré une anomalie veineuse consistant dans l'existence d'une anastomose entre la veine iliaque primitive gauche et la veine rénale gauche. Cette anastomose veineuse, longue de 13 centimètres, et du calibre d'un crayon ordinaire, offre un trajet parallèle à la portion sous-rénale de la veine cave inférieure; elle longe le flanc gauche des corps vertébraux lombaires, à 1 ou 2 centimètres du bord gacuhe de l'aorte. Croisée en avant, à sa partie tout inférieure par l'artère iliaque primitive gauche, elle reçoit à sa partie moyenne une veine allongée, qui vient d'en bas et qui n'est autre que la veine spermatique gauche.

L'anastomose veineuse en question constitue le reliquat de la veine cardinale inférieure gauche du fœtus. Cette anomalie est assez rare, puisque Gérard, de Lille, n'a pu en réunir que 44 observations (1906).

Longueur et forme anormales d'un appendice iléo-cæcal (*Lyon médical*, 8 septembre 1907).

Il s'agit d'un appendice très long (25 centimètres) réséqué chez un enfant de 15 ans. Très dilaté au niveau de sa base, où il atteint presque les dimensions ordinaires de l'iléon, cet appendice va progressivement en se rétrécissant, et ne mesure plus, dès sa partie moyenne, que le calibre d'un appendice normal.

Le rétablissement de la circulation artérielle après ligature de l'artère iliaque primitive (Expériences cadavériques en collaboration avec M. Latarjet, Thèse de Xambeu, Lyon, 1908-1909).

Les découverte récentes de la physiologie dans le domaine des sécrétions gastriques et intestinales (Avec J. Chalier, *Gazette des hôpitaux*, 24 mars 1906).

Cette revue générale était destinée à vulgariser les travaux récents et alors mal connus en France de physiologistes, tels que Pawlow, Bayliss et Starling, Conheim, Kossel et Dakin, Gueutzel, etc.

Etude chimique du liquide intestinal humain recueilli chez un malade porteur d'une fistule jéjunale opératoire (Avec M. le prof. Morel, *Lyon médical*, 15 décembre 1907).

Sur un malade porteur d'une fistule jéjunale opératoire, nous avons recueilli du liquide intestinal après administration le matin à jeun du repas d'épreuve d'Ewald. Sans rapporter ici tous les détails de l'analyse pratiquée, je me contenterai de signaler, qu'à plus de 40 centimètres du pylore, le liquide était encore acide et que la digestion stomacale semblait se poursuivre; la digestion pancréatique n'apparaissait pas encore, à ce niveau, avec tous ses caractères.

II. — Pathologie externe et Médecine opératoire

A. — TÊTE. — COU. — THORAX

Fracture longitudinale para-médiane de l'occipital (*Lyon médical*, 6 octobre 1907).

Ce cas est analogue à ceux décrits par MM. Quénu et Tesson (*Revue de Chirurgie*, 1901, p. 577).

Fissure congénitale de la commissure labiale droite (macrostomie) avec malformations des maxillaires du même côté (*Lyon médical*, 18 août 1907).

Le traitement de névralgies faciales par la trépanation de la zone sensitivo-motrice du côté opposé (*Gazette des hôpitaux*, 17 septembre 1908).

L'observation qui fait l'objet de cet article a trait à un homme de 49 ans, qui souffrait depuis trois ans d'un tic douloureux de la face, et chez lequel M. le professeur Jaboulay a pratiqué la trépanation au niveau de la zone corticale sensitivo-motrice du côté opposé à la névralgie, trépanation combinée à la production d'une cicatrice filtrante.

L'amélioration qui a suivi cette opération a été immédiate, et dès le soir la parole et la déglutition se faisaient normalement, sans la moindre grimace, sans la moindre secousse musculaire douloureuse.

Ce bon résultat s'est maintenu non seulement jusqu'au jour de notre publication, mais même jusqu'à l'heure actuelle.

Deux cas semblables ont été publiés depuis par M. Morestin et par MM. Jaboulay et Crémieu.

Il s'agit là d'une nouvelle méthode, applicable en particulier aux tics douloureux de la face, et destinée à agir directement sur le centre cortical du trijumeau, nerf dont la plus grande partie des fibres sont croisées et aboutissent à la zone sensitivo-motrice de l'écorce.

Note sur les résultats éloignés de la trépanation du crâne dans la névralgie faciale (*Gaz. des hôp.*, 1910).

Cet article, destiné à compléter le précédent, confirme les bons effets de la trépanation du crâne dans la névralgie faciale, puisque les deux malades opérés ainsi par M. Jaboulay il y a près de deux ans n'ont pas présenté, depuis, la moindre récidive.

Cancer de la parotide. Evidement complet de la loge parotidienne, après ligature préalable de la carotide externe (*Lyon médical*, 1909).

Note sur deux kystes dermoïdes médians du plancher buccal (*Arch. gén. de méd.*, avril 1907).

Volumineux kyste dermoïde latéral du plancher buccal à évolution cervicale (*Lyon médical*, 19 septembre 1909).

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien. Voix eunucoïde (*Lyon médical*, 11 juillet 1908).

Les tumeurs solides et kystiques du tractus thyréo-glosse (En collaboration avec M. Bérard, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1908).

Contribution à la chirurgie thyroïdienne (goitres et strumites) (En collaboration avec M. X. Delore, *Revue de chirurgie*, 10 octobre 1907).

Ce travail est basé sur 73 observations de goitres et strumites opérés à la clinique de M. le professeur Poncet. Nous laissons de côté, dans cette étude, les goitres charnus qui ont été justiciables d'une thérapeutique exclusivement médicale, ainsi que les interventions pratiquées pour goitres exophtalmiques ou pour tumeurs malignes de la thyroïde.

Nos observations se répartissent en deux grands groupes : goitres simples; thyroïdites et strumites.

I. Au point de vue des goitres simples, nous passons rapidement en revue les *formes anatomiques et cliniques* un peu spéciales que nous avons pu observer. Nous décrivons d'abord les *hématocèles thyroïdiennes*, plus fréquentes qu'on ne le croit ordinairement. Nous rappelons le cas, presque unique dans son genre, de *fibrome du corps thyroïde*, déjà publié par Delore (*Revue de Chirurgie*, 1902). Nous insistons sur les divers *troubles nerveux d'origine thyroïdienne* qui sont justiciables d'un traitement chirurgical, qu'il s'agisse de goitres basedowifiés proprement dits, ou de psychoses d'origine thyroïdienne. Nous insistons enfin et surtout sur la *forme médicale des goitres*, bien connue en Allemagne, mais encore à peine signalée en France. Or, nous en avons observé 3 cas des plus typiques, dans lesquels tous les troubles (œdèmes, dyspnée, albuminurie, etc.) ont cédé grâce à l'intervention thyroïdienne.

Les 61 opérations pratiquées pour goitres simples se répartissent ainsi : 42 énucléations intra-glandulaires, 11 énucléations massives, 2 thyroïdectomies partielles, 5 résections, 1 thyroïdo-érétbisme chirurgical. Comme on le voit, les formes énucléables constituaient de beaucoup la majorité des cas.

Parmi les accidents opératoires ou post-opératoires, nous n'avons jamais observé d'asphyxie, malgré une anesthésie générale légère au kélène, puis à l'éther. Jamais nous n'avons dû recourir à la trachéotomie. Une seule fois, au cours de l'hémostase d'une poche profonde, il y eut ligature du récurrent, qui se traduisit immédiatement par du spasme glottique; mais la ligature fut aussitôt enlevée, et la respiration redevint normale.

Les hémorragies opératoires ont été ordinairement arrêtées par le pincement des vaisseaux, le tamponnement ou le retournement de la poche. Dans plusieurs cas cependant, il a été nécessaire de recourir à la suture hémostatique de Poncet.

Sur les 61 malades opérés, un seul est mort de broncho-pneumonie au bout de trois semaines. Les 60 autres ont guéri en moins de quinze jours, et n'ont pas présenté, depuis, de récidives.

II. Notre deuxième groupe d'observations comprend 12 faits de *suppurations thyroïdiennes*, dont 10 développées sur des goitres préexistants. Dans les cas de ce genre, l'incision simple et le drainage bien surveillé constituent le traitement de choix. Malheureusement, ils ne suffisent pas toujours, et il faut quelquefois pratiquer l'ablation de la poche suppurée. Cette *strumectomie* sera, suivant les cas, soit primitive, soit secondaire, précoce, intra-fébrile, soit enfin tardive et postfébrile.

De la strumectomie dans les strumites (*Lyon médical*, 14 avril 1907).

Deux cas d'hématocèles thyroïdiennes suppurées post-grippales, traitées par la strumectomie primitive (*Lyon médical*, 3 octobre 1909).

Goitre plongeant (*Lyon médical*, 25 mars 1906).

Goitre basedowifié ; ablation ; guérison (*Lyon méd.*, 8 septembre 1907).

Perforation spontanée de la trachée par un ganglion tuberculeux englobant le récurrent. Paralysie d'une corde vocale. Mort par asphyxie rapide (Avec P. Cavaillon, *Lyon médical*, 22 novembre 1908).

Résultats immédiats de l'opération d'Halsted dans les cancers du sein (Société de chirurgie de Lyon, 2 mai 1907 ; *Lyon médical*, 21 juillet 1907).

J'ai présenté à la Société de Chirurgie de Lyon 7 malades opérées par MM. Bérard et Patel pour cancers du sein. Toutes avaient subi l'opération d'Halsted peu de temps avant. Chez l'une même, pour un cancer bilatéral, M. Bérard avait pratiqué un Halsted double. Chez toutes, le résultat immédiat fut excellent : malgré de larges exérèses, la cicatrisation fut rapide, sans la moindre gêne dans les fonctions du membre supérieur.

B. — ESTOMAC. — DUODÉNUM. — APPENDICE. — PÉRITOINE. — PANCRÉAS. — VOIES BILIAIRES

1° ESTOMAC ET DUODÉNUM

Trois cas de résections gastriques pour cancer (Avec ALAMARTINE, *Lyon médical*, 30 décembre 1906).

Un cas d'ulcère perforant du duodénum avec péritonite généralisée ; intervention ; décès ; autopsie (*Gazette des hôpitaux*, 22 juin 1905).

2° APPENDICE

Appendicite grave avec péritonite diffuse sous-ombilicale et infiltration séreuse de la loge rétro-colique ; drainage abdominal ; laparotomie rectale ; décollement du cæcum et du côlon ; guérison (*Lyon médical*, 17 janvier 1909).

Sur la fréquente nécessité d'enlever l'appendice chez les appendiculaires antérieurement traités par l'évacuation simple des abcès (*Lyon médical*, 12 septembre 1909).

Nous rapportons ici l'observation d'un jeune homme de 24 ans, qui fut atteint, en décembre 1907, d'une poussée appendiculaire très aiguë, laquelle nécessita, à peu de jours d'intervalle, trois opérations successives : 1° laparotomie latérale et drainage de la fosse iliaque ; 2° évacuation d'un abcès ilio-pelvien et drainage abdomino-rectal ; 3° anus cæcal. Cicatrisation complète au bout d'un mois. Fermeture de la fistule cæcale en juin 1908. Depuis cette époque, le malade n'a cessé de présenter des troubles digestifs : constipation, mauvaises digestions, ballonnement cæcal, et des tiraillements dans la fosse iliaque droite.

Le 9 mars 1909, on décide de mettre fin à tous ces troubles par une nouvelle opération (Bérard). On trouve, comme on le supposait, un cæcum adhérent à la paroi par plusieurs brides que l'on sectionne, et un appendice en position postérieure que l'on résèque. On termine par la cure radicale de la petite éventration, déterminée par le drainage des anciennes collections.

A propos de ce cas, M. Bérard et moi, nous avons insisté sur la persistance fréquente de l'appendice, malgré l'incision et le drainage des suppurations appendiculaires, même accompagnées de phénomènes gangréneux. Cet appendice persistant, toujours plus ou moins malade, est l'origine soit de récidives, soit de troubles digestifs chroniques. La résection seule peut prévenir ces accidents. Elle sera faite à chaud, si elle est facile; sinon, elle sera faite à froid, après la guérison des abcès.

3° PÉRITOINE

Un cas d'empyème sous-phrénique diagnostiqué uniquement par la radioscopie : mouvement de bascule des deux moitiés du diaphragme (En collaboration avec M. Devic, *Lyon médical*, 14 mai 1905).

Cette observation constitue un des premiers cas où la radioscopie a permis de diagnostiquer un abcès sous-phrénique qui, sans elle, fût resté ignoré.

Péritonite généralisée par rupture de l'ovaire au cours d'une annexite suppurée (*Lyon médical*, 3 mars 1907).

Cinq cas de péritonite aiguë généralisée consécutive à la rupture de pyo-salpinx (En collaboration avec M. G. Cotte, *Revue de gynécologie*, juillet 1907, et Thèse de Gonsolin).

La péritonite par perforation est un accident très rare au cours de l'évolution des pyo-salpinx. Nous en rapportons cependant 5 cas, observés à la clinique de M. le professeur Poncet. Sur ces 5 malades, l'une était dans un état tel qu'elle était inopérable et mourut rapidement. Des 4 autres, toutes laparotomisées, une seule a guéri. Dans ces cas, la castration totale constitue évidemment le meilleur mode de drainage. Il est cependant des malads chez lesquelles on peut hésiter à y recourir

d'emblée, et où l'on doit se contenter d'un simple drainage abdomino-vaginal.

De la péritonite par perforation dans le cancer du rectum (*Lyon méd.*, 4 juillet 1909).

Chez une femme de 46 ans, présentant un cancer du haut rectum avec obstruction, M. Bérard pratique une *cæcostomie*. Six jours après, alors que tout semblait aller bien, la malade fut prise de coliques, de météorisme et de fièvre, et mourut en vingt-quatre heures.

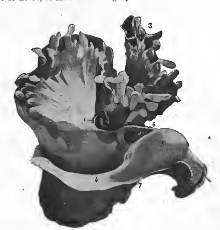


Fig. 1. — 1. Fistule sigmoïdo-sigmoïdienne ouverte dans la cavité péritonéale. — 2. Cancer du rectum. — 3. Section supérieure de l'anse omége. — 4. Feuillet péritonéal antérieur du cul-de-sac de Douglas. — 5. Face postérieure de l'utérus récliné en avent et en dehors. — 6. Annexes gauches adhérentes à la fistule. — 7. Section de l'uretère droit.

A l'autopsie, nous trouvâmes une péritonite généralisée, provenant d'une perforation intestinale. Celle-ci siège à 5 centimètres au-dessus du cul-de-sac de Douglas, au niveau même d'une fistule qui s'était produite entre la fin de l'S iliaque et le milieu de l'anse oméga (fig. 1). Au-dessus de cette fistule, adhéraient la trompe et l'ovaire gauches. Le

rectum était occupé par un volumineux cancer, adhérent au sacrum, et s'étendant en haut jusqu'au voisinage immédiat de la perforation.

Cette observation est un cas de *perforation bas placée, juxta-néoplasique*, analogue à une observation de M. Poncet, publiée dans la thèse de Merlin.

Il peut, en outre, se produire dans le cancer du rectum des *perforations à distance* (cas de Richerand, Kaufmann, Labey, Jaboulay, Zaüer, Tolot).

4° PANCRÉAS

Pancréatite aiguë hémorragique avec cytostéatonécrose (En collaboration avec M. L. Bérard, *Province médicale*, 1er février 1908).

Ce cas est l'un des premiers cas publiés en France de pancréatite hémorragique aiguë.

5° VOIES BILIAIRES

Hydropisie calculeuse de la vésicule biliaire remarquable par sa mobilité ; cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon médical*, 31 mai 1908).

Cancer de la vésicule biliaire avec fièvre, simulant une cholécystite calculeuse ; ablation ; fistule gastrique tardive (*Lyon médical*, 31 mai 1909).

Obstruction calculeuse chronique du cholédoque ; cholédocotomie avec drainage de l'hépatique ; cholécystostomie ; guérison (*Lyon médical*, 15 novembre 1908).

C. — CHIRURGIE DU GROS INTESTIN, DU RECTUM ET DE L'ANUS

Tuberculose iléo-cæcale considérée primitivement comme une appendicite ; résection large du segment iléo-cæcal de l'intestin ; présentation de la pièce (*Lyon médical*, 25 novembre 1906).

Cancers multiples du segment iléo-cæcal en ayant imposé à l'opération et même à l'autopsie pour une tuberculose sténosante et hypertrophique de l'intestin (*Lyon médical*, 31 octobre 1909).

Volumineux cancer ano-rectal extirpé par la voie coccy-périnéale (Avec M. X. Delore, *Lyon médical*, 26 mai 1907).

De l'extirpation périnéale des cancers de l'anus et du rectum. Considérations basées sur dix-neuf observations personnelles (En collaboration avec M. X. Delore, *Revue de chirurgie*, 10 mai 1907).

L'extirpation par la voie basse s'applique à la plupart des cancers du rectum. Le procédé qui nous paraît le meilleur est l'amputation par la voie coccy-périnéale. La méthode que nous décrivons se rapproche beaucoup de celle décrite par MM. Quénu et Hartmann dans leur Traité classique.

Le lymphadénome du rectum (Avec M. L. Bérard, *Lyon chirurgical*, juillet 1909).

Ce travail est basé sur un cas typique de lymphadénome du rectum, à forme sténosante, simulant un rétrécissement tuberculeux ou syphilitique, et reconnu seulement à l'examen histologique (fig. 2), après amputation coccy-périnéale du rectum.

Le lymphadénome du rectum est une affection très rare. Nous n'avons pu en recueillir, dans la littérature, que 7 observations. Dans toutes, la tumeur présentait un *aspect polypiforme*, et eût été confondue,

sans le microscope, avec un polype banal. Six fois, le lymphadénome était localisé au rectum. Une fois seulement il était généralisé à tout le gros intestin, du cæcum à l'anus.

Notre observation est, croyons-nous, le seul cas connu de *lymphadénome sténosant* du rectum. C'est à ce point de vue surtout qu'elle nous a paru intéressante.

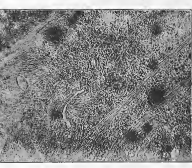


Fig. 2. — Lymphadénome du rectum (photographie microscopique).

Cancer du rectum avec métastases ganglionnaires, pulmonaires et surtout hépatiques (forme hépatique du cancer du rectum) (*Lyon médical*, 13 juin 1909).

Epithélioma greffé sur un polyadénome du rectum (*Lyon médical*, 21 novembre 1909).

Un homme de 38 ans présentait, depuis l'âge de 8 ans, un polype du rectum faisant issue à chaque défécation et déterminant un écoulement sanguinolent. En juillet 1908, apparurent de la diarrhée, des glaires, des rectorragies et des douleurs. Six mois après, on constatait à l'intérieur du rectum de nombreuses masses polypeuses, occupant toute l'ampoule. Le 8 janvier 1909, M. Jaboulay pratiqua l'amputation périnéale du rectum. L'examen des diverses masses polypeuses a montré que la plupart d'entre elles étaient formées par des adénomes; mais sur l'une d'elles au moins, on constata, à côté des lésions adénomateuses, des altérations épithéliomateuses caractéristiques (fig. 3). Il s'agissait

donc d'une dégénérescence néoplasique d'un polyadénome rectal datant de l'enfance. Cette évolution est assez fréquente dans ces tumeurs (Quénu et Hartmann).

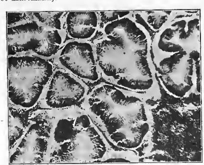


Fig. 3. — Dégénérescence épithéliomateuse d'un polyadénome du rectum. (Photographie microscopique).

La mobilisation en masse du côlon gauche. De l'extirpation abdomino-périnéale modifiée de l'S iliaque et du rectum par mobilisation de l'angle splénique et du côlon gauche (En collaboration avec P. Cavaillon, *Lyon chirurgical*, 1er février 1909).

La nouvelle technique que nous préconisons ici s'adresse d'une façon générale à toutes les lésions qui nécessitent l'ablation complète de l'S iliaque et du rectum, et spécialement aux cancers, volumineux et adhérents, qui sont à cheval sur l'S iliaque et le rectum et qui ne peuvent être enlevés ni par en haut ni par en bas, mais seulement par une méthode combinée abdomino-périnéale (Gaudier, Quénu). Elle présente, sur cette dernière, telle qu'on la pratique actuellement, l'avantage de permettre l'abouchement du bout intestinal supérieur au périnée et d'éviter l'anus contre nature définitif.

Nous croyons utile de faire précéder l'opération, douze ou quinze jours auparavant, de l'établissement d'un *anus cæcal temporaire*.

L'opération comprend les temps suivants :

1° *Incision* de 20 à 25 centimètres longeant le bord externe du muscle grand droit du côté gauche, commençant en regard de la 10e côte et descendant plus ou moins bas vers le pubis.

2° *Recherche et libération de l'angle colique gauche*. L'opérateur,



Fig. 4



Fig. 4 *bis*.

L'aide écarte la paroi thoraco-abdominale : l'opérateur tirant sur le côlon tend les ligaments de l'angle gauche.

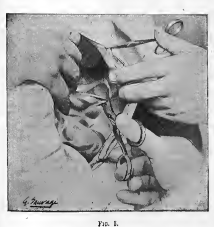


Fig. 5.

Fig. 5 *bis*.

L'opérateur tend les ligaments angulo-coliques en abaissant de sa main gauche l'angle, et sectionne les ligaments ; la rate apparaît par son pôle inférieur.



Fig. 6.



Fig. 6 *bis*.

Après section de l'angle, le côlon transverse est venu prendre la place du descendant, la portion gauche du grand épiploon est étalée sur les mains de l'aide.

placé à droite du malade, refoule vers lui les anses grêles pendant que l'aide soulève et attire en dehors la lèvre externe de l'incision et le rebord thoracique gauche; il attire l'angle splénique du côlon en bas et en dedans, de façon à tendre ses ligaments (phréno-colique, splénocolique) que l'on coupe aux ciseaux au ras de leur insertion intestinale: l'angle colique s'abaisse fortement et redresse sa courbure (fig. 4, 5 et 6).

3° *Décollement du côlon descendant.* On raie avec le bistouri le péritoine pariétal le long du bord externe de l'intestin et, grâce à cette incision superficielle, on pratique le décollement, qui est d'ordinaire facile : il doit être poussé jusqu'en dedans de l'uretère et des vaisseaux spermatiques gauches, qu'il faut reconnaître (fig. 7).

4° *Décollement et section du méso-côlon pelvien.* Le malade, jusque-là en décubitus dorsal, avec un fort coussin sous les reins, est mis maintenant en position de Trendelenburg, l'opération devenant fran-



Fig. 7.

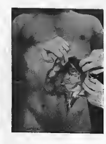


Fig. 7 *bis*.

Décollement du côlon descendant et pelvien ; les pinces repèrent le péritoine pariétal qui reste intact après décollement.



Fig. 8.



Fig. 8 *bis*.

Le temps périnéal est terminé ; après résection du coccyx, on a abaissé sans peine le rectum et l'S iliaque, la portion terminale du côlon descendant apparait repérée par le fil de soie.

chement pelvienne. Si l'S iliaque est flottante, on l'étale et on sectionne progressivement entre deux pinces le méso-sigmoïde près de son insertion pariétale. Si l'S iliaque est accolée et sans méso apparent, on la décolle, puis on sectionne son méso. On lie les artères sigmoïdes, hémorroïdale supérieure et sacrée moyenne. La section du méso ne devra pas atteindre, en haut, la terminaison de l'artère colique gauche inférieure. On aura soin, en outre, de placer comme repère un fil autour de l'intestin, à l'union des côlons descendant et pelvien.

5° Toute la moitié gauche du côlon, de l'angle splénique au rectum, est alors décollée et peut être abaissée; l'S iliaque est entièrement libre, sans méso et sans vaisseaux. Quelques points de fixation unissent le côlon abaissé au péritoine pariétal, de façon à éviter les coudures et à supprimer tout espace mort rétro-colique. On peut également suturer la tranche pariétale du méso-sigmoïde à la partie supérieure du côlon descendant abaissé. La paroi abdominale est alors suturée à trois plans.

6° *Temps périnéal.* Suivant le siège et l'étendue de la tumeur, on fera une *amputation* ou une *résection* du rectum par la voie coccygienne. Après résection du coccyx, on décolle l'intestin sur ses quatre faces, jusqu'au delà de la tumeur; on retrouve alors l'S iliaque libérée, et d'un seul coup, on l'abaisse à travers le périnée, entraînant avec elle le côlon descendant (fig. 8). L'intestin est sectionné à la hauteur voulue et son bord supérieur est, soit fixé à la peau du périnée, à la place de l'anus, soit invaginé dans le segment inférieur conservé du rectum. On ferme du mieux qu'on peut le Douglas et on termine par un large drainage rétro-rectal.

Sur les grands prolapsus dans les anus contre nature (Avec M. L. Bérard, *Lyon chirurgical*, août 1909).

Chez un homme de 62 ans, atteint de cancer rectal avec phénomènes d'obstruction, un anus iliaque gauche fut établi le 21 décembre 1908 par le *procédé de Maydl-Reclus.* Le rectum cancéreux fut amputé par la voie coccy-périnéale le 9 janvier 1909. Trois jours après, à la suite de violentes coliques, il se produisit à travers l'orifice supérieur de l'anus iliaque un *prolapsus énorme,* sous la forme d'un boudin long de 20 centimètres, rougeâtre, turgescent, œdémateux, étranglé dans son orifice de sortie (fig. 9). Des malaxations très prudentes produisaient des ecchymoses, voire même des hémorragies sous-muqueuses ou muqueuses, sans obtenir la moindre réduction. Aussi le malade fut-il endormi au kélène, et le prolapsus fut réséqué à sa base par un procédé analogue à celui de Mickulicz-Trélat-Segond pour les prolapsus du rectum. Dans le pro-

lapsus avait été entraînée une bonne partie du méso-sigmoïde, qui fut réséquée également après hémostase soigneuse. Le malade guérit parfaitement (fig. 10).

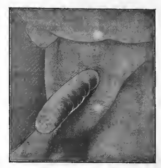


Fig. 9. — Volumineux prolapsus étranglé dans un anus iliaque gauche.



Fig. 10. — Malade de la figure précédente. — État de l'anus iliaque après résection du prolapsus.

Les *conditions favorisantes* de ces grands prolapsus dans les anus iliaques ont été mal élucidées par les auteurs. Il nous semble qu'en dehors de la *largeur anormale de l'orifice de colostomie*, deux facteurs doivent

être surtout incriminés : 1° la *longueur du méso-côlon iliaque* (Allingham, Gangolphe, Le Dentu) ; 2° la *faiblesse de la paroi abdominale.*

Etude critique de la dérivation préalable, temporaire ou définitive, des matières dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. Indications et méthodes (En collaboration avec M. le professeur agrégé L. Bérard, *Lyon chirurgical*, novembre 1909).

Depuis que l'anus iliaque a été proposé par M. Pollosson, en 1884, comme temps préliminaire à l'extirpation du rectum cancéreux, cette méthode a été diversement jugée par les opérateurs. C'est ainsi qu'elle a trouvé en France, en Angleterre et en Amérique de nombreux partisans, mais, par contre, la grande majorité des chirurgiens allemands la considèrent, avec Kocher, comme « une c mplication qu'il faut éviter. »

En présence de cette divergence d'opinions il nous a paru intéressant, en nous basant sur les résultats des auteurs et sur notre propre expérience, d'entreprendre une étude critique de cette question.

Les *inconvénients* de l'anus préalable nous paraissent avoir été bien exagérés. En effet, il n'augmente pas les risques du malade, car il ne présente un danger quelconque que chez les sujets en occlusion, lesquels supporteraient encore moins bien l'opération radicale d'emblée. La gêne apportée par l'existence de l'anus à l'abaissement de l'intestin, lors de l'extirpation, peut être évitée en plaçant cet anus le plus haut possible à l'union de l'S iliaque et du côlon descendant. Enfin, les complications de l'anus artificiel (rétrécissement, prolapsus) sont rares et évitables par une bonne technique.

Par contre, la méthode présente des *avantages* primordiaux. L'anus préliminaire abaisse la mortalité de l'opération radicale en supprimant les accidents d'obstruction, en permettant de remonter les forces du malade, et d'assurer, par la dérivation des matières et les grands lavages du bout inférieur, l'asepsie avant, pendant et après l'opération ; par là même, il raccourcit la période de convalescence, en favorisant la cicatrisation de la plaie, et cette cicatrisation rapide et régulière est un facteur essentiel du succès des résections avec conservation sphinctérienne. D'autre part, il fait tomber les phénomènes inflammatoires surajoutés au cancer, et sous son influence des tumeurs fixées et qui paraissaient inopérables se mobilisent et se montrent justiciables d'une extirpation. Dans les cancers haut situés, par la laparotomie latérale qu'il nécessite, il permet une exploration directe de la tumeur, ce qui, mieux que l'examen clinique, en établit les conditions d'opérabilité. Enfin, au cas de récidive rapide, il réalise le meilleur traitement palliatif.

C'est pour toutes ces raisons que l'anus artificiel préalable doit être

d'une application fréquente (mais non constante) dans le traitement radical du cancer du rectum. Il s'impose, en tous cas, toutes les fois que le malade présente des phénomènes d'obstruction, chez tous les sujets âgés, amaigris, cachectiques, dans les cancers haut situés et difficilement explorables, ou adhérents.

Pour obtenir une bonne dérivation des matières, on donnera la préférence à l'*anus iliaque en canon de fusil*, obtenu par l'un des procédés de Maydl-Reclus, d'Hartmann, de Gangolphe. On aura soin de placer l'orifice le plus haut possible, à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque.

Le plus souvent, cet anus sera définitif. L'anus iliaque est en effet bien préférable à l'anus artificiel, périnéal, coccygien ou sacré, tel qu'il résulte des amputations du rectum.

Cependant, lorsqu'on aura pu faire une résection du rectum avec conservation de l'appareil sphinctérien, on pourra, après guérison complète, au bout de deux ou trois mois en général, fermer l'anus contre nature.

Dans le cas d'anus iliaque gauche, le meilleur procédé de fermeture consiste, à n'en pas douter, dans la résection intestinale avec anastomose termino-terminale des deux bouts.

De la résection du rectum cancéreux par la voie sacro-coccygienne
(*Lyon chirurgical*, septembre 1909).

Nous avons essayé, dans ce travail, de réhabiliter l'opération de Kraske, à peu près complètement abandonnée en France. Nous avons établi, d'après les statistiques récentes de Hochenegg, Rotter, Poppert, etc., 1° que la gravité de la résection sacro-coccygienne du rectum n'est pas plus considérable que celle de l'amputation périnéale (mortalité : 8 p. 100, Hochenegg; 5 p. 100, Rotter; 4 p. 100, Poppert); 2° qu'elle donne d'aussi bons résultats éloignés (environ 30 p. 100 de survies de plus de trois ans, d'après les statistiques de Sinclair White et de Rotter); 3° enfin, que ses résultats fonctionnels sont infiniment supérieurs à ceux de l'amputation, car la continence complète est la règle (9 fois sur 11, Poppert), et il n'y a jamais d'incontinence absolue.

La méthode est loin de convenir à tous les cancers du rectum. Pour que la résection se fasse dans de bonnes conditions, il faut que la limite inférieure de la tumeur reste à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus, et que sa limite supérieure ne dépasse pas le niveau de la troisième sacrée. Ce sont donc surtout les cancers de la partie moyenne du rectum qui peuvent bénéficier de la méthode sacrée.

Voici, rapidement décrite, la technique de l'opération telle que nous la comprenons :

1° *Abord du sacrum et du coccyx* par une incision, soit médiane, soit oblique et longeant un des bords du coccyx, s'étendant sur une longueur de 12 centimètres, de la pointe du coccyx jusqu'à mi-hauteur du sacrum.



Fig. 11. — Le malade est dans la position latérale gauche ; la région sacro-coccygienne est découverte. Libération de la concavité sacro-coccygienne au moyen du doigt et de la rugine.

2° *Résection sacro-coccygienne.* Après section de toutes les parties fibro-musculaires insérées au bord latéral du coccyx et du sacrum, on dégage, avec le doigt ou une rugine mousse, la face antérieure de ces os, dont on décolle le rectum (fig. 11). Ce décollement doit être fait en dehors de la gaine rectale. On procède ensuite à la section osseuse ; l'ablation du coccyx seul est parfois suffisante ; plus souvent, il faut réséquer la partie inférieure du sacrum que l'on détachera par une section horizontale, faite avec la scie de Gigli, et passant au niveau du quatrième trou sacré, ou à la rigueur du bord inférieur du troisième (figure 12). On reconnaît alors la face postérieure du rectum, avec ses pédicules vasculaires supérieur (hémorr. sup.) et latéraux (hémorr. moy.), que l'on coupe entre deux ligatures. La section du pédicule supé-

rieur sera faite le plus bas possible, pour éviter la nécrose du bout supérieur à invaginer.

3° *Libération du rectum et mobilisation de l'S iliaque.* De chaque

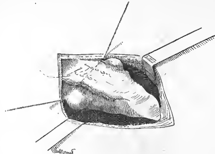


Fig. 12. — Section de sacrum à la scie de Gigli.

côté successivement, on effondre les attaches latérales du rectum, toujours *en dehors de sa gaine* (fig. 13) ; on reconnaît et on ouvre le cul-de-sac péritonéal ; la séreuse est coupée circulairement au-devant du rec-

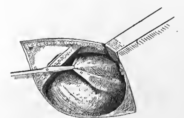


Fig. 13. — Après la résection osseuse, le rectum est refoulé du côté. Une pince attire, à travers la gaine, le cul-de-sac péritonéal prêt à être ouvert.

tum. En arrière, on sectionne le méso tout près du sacrum, de façon à abaisser progressivement l'S iliaque dans une étendue suffisante (fig. 14 et 15).

4° *Fermeture du péritoine.* La mobilisation de la tumeur étant suffisante, *avant d'ouvrir l'intestin,* on ferme complètement la cavité péritonéale, en fixant une collerette séreuse à la séreuse de la face antérieure de l'S iliaque abaissée ; on fixe également cette collerette à la face antérieure de ce qui sera le bout inférieur ; latéralement enfin, on

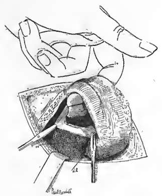


Fig. 14. — Le péritoine est ouvert des deux côtés et repéré au moyen de pinces ; l'index gauche soulève l'intestin. On aperçoit, sous le cul-de-sac péritonéal la vésicule séminale gauche (*vs*) et, au-dessous et en dehors, l'artère hémorroïdale moyenne gauche sectionnée et liée (*ah*).

suture, de chaque côté, la tranche de section du péritoine pariétal postérieur à la tranche de section du péritoine du méso (fig. 16).

5° *Résection intestinale.* Une première section transversale de l'intestin est faite, entre deux ligatures, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. Le bout supérieur est momentanément relevé, le bout inférieur, entouré d'une compresse, est abaissé. Puis on pratique la section inférieure, entre deux pinces, le plus loin possible au-dessous de la tumeur, au ras des releveurs. La résection est ainsi faite *en vase clos.* On enlève alors la pince placée sur le bout anal et on fait l'hémostase de sa tranche de section.

6° *Abrasion de la muqueuse du bout anal et invagination du bout supérieur dans le segment sphinctérien.* Pour assurer la fixation du bout supérieur dans le canal anal conservé, il est bon d'exciser la mu-

queuse de ce canal, ce qui est facile à condition d'éverser complètement le bout inférieur à travers l'anus. Ceci fait, on abaisse le bout supérieur en se servant de la ligature mise sur lui, et on l'amène à l'anus. On enlève alors la ligature, on fait l'hémostase de la tranche de

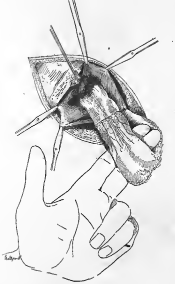


Fig. 15. — Le péritoine est incisé sur toutes les faces; l'intestin est abaissé sous la traction de la main gauche; on a lié le pédicule hémorroïdal supérieur au niveau de la future section supérieure de l'S iliaque.

section et on fixe circulairement la muqueuse du bout supérieur à la peau péri-anale (fig. 17). Revenant ensuite à la plaie sacro-coccygienne, on consolide la fixation du bout supérieur par quelques points unissant ce bout à la tranche du bout anal.

7° *Suture partielle (moitié supérieure) de la plaie cutanée et drainage rétro-rectal.*

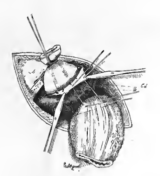


Fig. 16. — L'intestin vient d'être sectionné à sa partie supérieure : le bout supérieur est lié à la soie pour être invaginé dans le bout anal. Celui-ci va être sectionné, au-dessous de la tumeur, suivant la ligne pointillée. Auparavant, on ferme le cul-de-sac péritonéal par des sutures antérieures et latérales. Ce temps doit-être, autant que possible, exécuté avant l'ouverture de la lumière intestinale

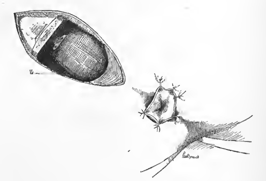


Fig. 17, — Le bout supérieur est invaginé dans le bout anal et fixé à la peau péri-anale Il ne reste plus qu'à établir le drainage rétro-rectal, et à suturer partiellement la plaie cutanée.

Le traitement chirurgical du cancer du rectum : technique, résultats, indications (Thèse de doctorat, Lyon, 584 pages).

Depuis plusieurs années, et dans diverses publications, je me suis spécialement occupé du traitement chirurgical du cancer rectal, affection dont j'ai pu personnellement recueillir une cinquantaine d'observations. C'est à ce traitement chirurgical que j'ai consacré ma thèse inaugurale. Pour étayer ce travail sur une documentation importante, je me suis livré à des recherches bibliographiques très complètes, et j'ai réuni, à la fin de mon travail, plus de 30 statistiques récentes, étrangères et françaises, dont certaines étaient inédites.

De toutes ces données, il ressort avec évidence que l'âge avancé du malade, le siège élevé du cancer, l'invasion de la prostate, de l'utérus, de la paroi vaginale postérieure, ne sont pas des contre-indications à l'opération radicale. Celle-ci est seulement contre-indiquée par le mauvais état général du malade (métastases, affections graves du poumon, du cœur, des reins) ou par de mauvaises conditions locales (invasion de la vessie et de l'urètre, envahissement des chaînes ganglionnaires lombo-aortiques, adhérences intimes et immobilité absolue de la tumeur).

I. Opérations palliatives. — Parmi les nombreux procédés employés dans les cancers inopérables, la *dilatation* doit être complètement abandonnée. La *rectotomie linéaire* est applicable aux cancers ano-ampullaires avec suppurations et fistules. Le *curettage* et la cautérisation seront réservés aux tumeurs bas situées qui seront le siège d'hémorragies répétées anémiant le malade, ou de sécrétions putrides, capables d'accroître l'intoxication de l'organisme.

Mais, d'une façon générale, il est bien préférable d'avoir recours aux méthodes qui assurent la *dérivation des matières :* l'anus contre nature et l'entérorectostomie.

L'*entérorectostomie*, destinée à éviter l'infirmité créée par l'anus artificiel, consiste à anastomoser avec l'ampoule rectale l'anse sigmoïde ou l'iléon. Elle se fait à la suture ou plutôt au bouton de Lardennois. C'est une opération beaucoup plus longue à exécuter et beaucoup plus grave que l'anus contre nature. Plus que lui encore, elle peut se cancériser. Enfin, elle ne permet pas les grands lavages recto-coliques. Ses indications sont d'ailleurs bien restreintes : utilisée à chaud, pour ainsi dire, dans les occlusions aiguës, elle est souvent mortelle; à froid, dans les occlusions chroniques, elle convient exclusivement aux néoplasmes petits et sténosants, haut placés, non adhérents à la vessie, c'est-à-dire

à des formes pleinement justiciables de l'opération radicale. C'est pourquoi l'entérorectostomie ne me paraît trouver aucune indication dans le cancer rectal proprement dit, ou même dans le cancer recto-sigmoïde.

Au contraire, l'*anus contre nature* constitue la méthode de choix. Il doit être employé à peu près systématiquement chez tous les cancéreux du rectum inopérables, et non pas seulement dans les formes sténosantes avec obstruction. Il offre, en effet, de nombreux avantages : il assure le drainage de l'intestin ; il calme le plus souvent les douleurs, le ténesme, la diarrhée; il amoindrit les sécrétions putrides, les hémorragies; il agit préventivement contre les résorptions septiques et l'intoxication stercorémique; il améliore à la fois l'état général et l'état local.

Dans la majorité des cas, c'est à l'*anus iliaque en canon de fusil* que l'on aura recours. Par son siège bas placé, il permet au malade d'utiliser la plus grande partie de son tube digestif. Il est, d'autre part, le mieux placé pour désinfecter le bout inférieur au moyen de lavages antiseptiques recto-coliques. On le réalisera soit en un temps, de préférence par le procédé de M. Jaboulay, soit en deux temps, suivant les techniques de Maydl Reclus, de Gangolphe ou d'Hartmann.

Par contre, dans les cas où la dilatation énorme de l'intestin ou l'accolement complet de l'S iliaque rendent son exécution difficile et dangereuse, on donnera la préférence à la *cœcostomie*, combinée, s'il y a lieu, à l'*exocœcopexie.*

La mortalité opératoire de l'anus palliatif est à peu près nulle. D'autre part, les résultats éloignés en sont si satisfaisants que certains auteurs le préfèrent presque à l'opération radicale (Hartmann). Les divers accidents qu'on a observés à sa suite (phlegmon stercoral, rétrécissement de l'orifice, prolapsus, éventration, etc.) peuvent être, pour la plupart évités avec une bonne technique.

II. Opérations radicales. — En présence d'un cancer du rectum, cliniquement opérable, on peut conserver le sphincter ou le supprimer. C'est ordinairement une question de principe ou d'habitude : en France, on est presque toujours porté à pratiquer l'amputation du rectum; en Allemagne, au contraire, la plupart des chirurgiens restent fidèles à la résection. En réalité les deux méthodes ont chacune leurs indications.

Dans les formes de cancer occupant l'anus, la région sphinctérienne, la région ano-ampullaire, et *a fortiori* le canal ano-rectal tout entier, il ne saurait être question d'autre chose que d'amputation. Mais, en dehors de ces conditions de siège, l'amputation nous paraît préférable à la résection toutes les fois que l'opération est rendue difficile

ou dangereuse par suite de l'adiposité du malade, de son mauvais état général ou de l'envahissement des organes voisins. Dans tous ces cas, l'amputation est plus rapide, plus large et plus bénigne que la résection.

Simple *amputation circulaire à la Lisfranc* dans les épithéliomas localisés à l'anus, l'opération devra souvent dans les autres formes s'exécuter méthodiquement suivant une technique conforme à l'*extirpation coccy-périnéale intra-péritonéale* de Quénu et Baudet. Pour les cancers remontant trop haut ou adhérents au squelette, on aura recours à l'*amputation sacrée.*

Toutes les fois que cela sera possible, on abaissera le bout supérieur à la peau, de façon à établir un *anus périnéal* ou *coccygien.* On pourra même utiliser la *torsion de Gersuny,* mais sans dépasser 180 à 200°. Si l'abaissement est impossible, on pourra laisser le rectum ouvert dans la profondeur de la plaie; mais le mieux sera de se résoudre à l'*anus iliaque définitif,* après occlusion en cæcum du bout rectal (Goullioud), ou après retournement de ce bout à travers l'anus iliaque (Quénu).

Les indications de la résection doivent être beaucoup plus restreintes que celles de l'amputation, car c'est une opération beaucoup plus grave. Elle ne peut être facile et utile, que si la tumeur est mobile, non adhérente et peu étendue circonférentiellement. Elle s'applique surtout aux cancers ampullaires moyens et supérieurs.

La *résection trans-anale de Villard* peut rendre des services dans les tumeurs très localisées, prises au début, et très mobiles. On lui préférera cependant, chez la femme, la *résection trans-vaginale,* qui donne un jour énorme dans l'ablation des cancers ampullaires et sus-ampullaires. Chez l'homme, on aura plutôt recours à la *voie coccygienne,* à la *voie sacrée,* ou mieux à la *voie sacro-coccygienne,* qui toutes, donnent, au point de vue aseptique, une sécurité beaucoup plus grande que la voie trans-anale, les manœuvres intra-péritonéales se faisant avant l'ouverture de la cavité de l'intestin.

Pour les tumeurs haut placées, dont la limite supérieure est impossible à préciser, il faut d'emblée recourir à la *laparotomie.* Elle seule permet de se rendre compte des conditions d'opérabilité de la tumeur, de ses adhérences, de son étendue, etc. Par contre, il ne semble pas qu'on puisse par cette *voie abdominale seule,* faire une intervention complète dans les néoplasmes du haut rectum. L'entérectomie avec entérorraphie circulaire n'est possible que s'il s'agit d'un cancer sigmoïdien proprement dit.

C'est donc aux *opérations par voie combinée* qu'on doit donner la préférence. Si la tumeur est volumineuse et plus ou moins adhérente,

le traitement de choix sera l'*amputation abdomino-périnéale* (Gaudier, Chalot, Quénu). Si, au contraire, il s'agit d'une tumeur mobile et petite, on se contentera d'une *résection*, après laquelle on anastomosera les deux bouts par le *procédé de l'invagination* (Jaboulay, Hochenegg). A la manœuvre abdominale indispensable, on joindra une opération anale, vaginale, cocygienne ou sacrée, suivant l'opportunité de l'une ou de l'autre. Contrairement aux idées classiques jusqu'à présent, les opérations combinées ne sont guère plus graves chez l'homme que chez la femme. Le sexe ne doit donc plus intervenir dans leurs indications.

Dans toutes les formes hautes de cancer rectal, on aura avantage, chez la femme, à pratiquer la *castration totale*. On pourra la faire dans un temps préalable, pour faciliter l'abord du haut rectum. Il vaudra mieux, quand la malade sera résistante, faire l'*ablation en bloc de l'appareil utéro-annexiel et du rectum.*

La *mobilisation du côlon gauche* après abaissement de l'angle splénique sera utile, dans les tumeurs recto-sigmoïdes, quand on voudra pratiquer une large entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire ou d'invagination colo-rectale.

La *mortalité opératoire* du cancer du rectum oscille autour de 20 p. 100 pour s'élever à 25 ou 30 p. 100 dans les statistiques où l'opérabilité dépasse 75 p. 100.

Les opérations par la voie basse donnent naturellement les meilleurs résultats immédiats : la mortalité pour les opérations périnéales ou coccygiennes oscille entre 6 et 25 p. 100 et pour les opérations sacrées ou sacro-coccygiennes entre 11 et 45 p. 100. Les amputations sont ordinairement moins graves que les résections.

La méthode combinée, plus meurtrière, donne une mortalité qui varie entre 21 et 69 p. 100.

Dans les trois quarts des cas, au moins, la mortalité relève de l'infection. D'où la nécessité, pour améliorer les résultats, de donner des soins anté et post-opératoires très minutieux.

Les *soins pré-opératoires* consistent surtout dans la désinfection du rectum. Celle-ci est réalisée, au maximum, par l'*anus contre nature préalable* (méthode de Maurice Pollosson, voir p.).

Après l'opération, on surveillera attentivement l'état local de la plaie. A défaut de bains de siège on fera, à partir du troisième jour, de grands lavages à l'eau oxygénée. S'il n'existe pas d'anus artificiel, on donnera de l'opium pendant dix à douze jours, et on ne purgera le malade que lorsque la plaie ne courra aucun risque au point de vue de l'infection.

Si l'on a fait une colostomie préalable, on ne procèdera à sa ferme-

ture qu'après la cicatrisation complète de la plaie opératoire, de préférence au bout de deux ou trois mois. On ne la tentera d'ailleurs que si le malade conserve un sphincter dont on espère la continence. Dans les autres cas, on aura intérêt à conserver l'anus iliaque, bien supérieur aux anus artificiels périnéaux, coccygiens ou sacrés.

Le cancer du rectum est susceptible de guérison durable, sinon définitive. D'après les documents les plus récents, le *taux des guérisons durables* (après trois ans) varie entre 17,8 et 59,7 p. 100, avec une moyenne de 25 p. 100. Il y a une corrélation assez étroite entre le pourcentage de l'opérabilité et celui des guérisons durables. Toutes les méthodes paraissent capables de donner de bons résultats éloignés, à condition qu'on les adapte aux formes qui leur conviennent.

Les *récidives* sont cependant très fréquentes (30 à 60 p. 100). La plupart apparaissent avant la première ou la seconde année. Dans la moitié des cas au moins la récidive se produit dans le tissu péri-rectal (graisse et ganglions). Pour l'éviter, il est donc préférable d'enlever largement le paraproctum que de se tenir très loin de la tumeur sur l'intestin lui-même.

Les *résultats fonctionnels* diffèrent suivant que l'on a pratiqué une amputation ou une résection.

Dans les amputations combinées, l'anus iliaque gauche constitue une infirmité bien supportable, préférable ordinairement à celle créée par les anus périnéaux. Ceux-ci cependant acquièrent, dans beaucoup de cas, une continence relative. Des divers procédés destinés à créer artificiellement un sphincter, ou tout au moins à rétablir la continence (procédés de Witzel-Willems, de Gersuny, de Billroth, de Wolff), aucun ne donne de résultats bien excellents.

Dans les cas de résection, au contraire, la continence parfaite est très fréquente, s'il ne persiste aucune fistule stercorale.

Quelques considérations sur l'anus vulvaire (abouchement vulvaire du rectum (En collaboration avec M. Plauchu, *Province médic.*, 7 mars 1908).

D. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES ET GYNÉCOLOGIE

1° CORDON SPERMATIQUE

Tumeur maligne du cordon spermatique (léio-myome malin) (*Lyon médical*, 7 juillet 1907).

Un jeune homme de 15 ans présente depuis quelques mois une tumeur grosse comme une mandarine au-dessus du testicule. Pensant avoir affaire à une tumeur bénigne, on l'extirpe purement et simplement.

L'examen histologique décèle un léiomyome malin du cordon, pour lequel on fait secondairement une castration large.

Récidive et mort rapide.

Les tumeurs du cordon spermatique (En collaboration avec M. Patel, *Revue de chirurgie*, 1909).

Ce mémoire, inspiré par l'observation précédente, constitue le premier travail d'ensemble sur les tumeurs du cordon spermatique, dont nous avons recueilli 89 observations.

Sous le terme de tumeurs du cordon spermatique nous comprenons seulement les néoplasies primitives, bénignes ou malignes, développées aux dépens des éléments du cordon. Cette définition élimine les kystes, varicocèles, lésions tuberculeuses, etc.

Il nous a semblé que la meilleure classification de ces tumeurs devait être une classification anatomique. Nous avons admis, à ce point de vue, six catégories, rangées ainsi, par ordre de fréquence : 1° lipomes (37 cas); 2° sarcomes et fibro-sarcomes (22 cas); 3° tumeurs mixtes (13 cas); 4° fibromes (12 cas); 5° myomes (4 cas); 6° carcinomes (1 cas).

Anatomie Pathologique et Origine

I. En ce qui concerne les lipomes, il importe d'établir une démarcation très nette entre les lipomes de la région inguino-scrotale en rela-

tion directe avec le péritoine ou avec des sacs herniaires et les lipomes du cordon proprement dit qui sont seuls étudiés.

Le lipome du cordon constitue en général une tumeur unique, isolée et unilatérale, coexistant parfois avec d'autres tumeurs graisseuses de situation variable. Son volume est ordinairement celui d'une mandarine ou d'un œuf; mais certains lipomes ont atteint des dimensions considérables. La tumeur, mollasse, pseudo-fluctuante, est souvent irrégulière, hérissée de saillies et de prolongements multiples. Elle peut subir les transformations fibreuse, myxomateuse, sarcomateuse. Situé dans la gaine fibreuse du cordon, le lipome dissocie ordinairement les éléments du cordon. Dans quelques cas, il a englobé l'épididyme et le testicule au point de nécessiter la castration, opération d'autant plus regrettable que la glande reste saine.

Les lipomes primitifs du cordon peuvent être classés, d'après les observations recueillies, en trois groupes : les lipomes *intra-scrotaux*, qui sont paravaginaux ou sus-vaginaux; les lipomes *intra-inguinaux* ou à prédominance inguinale; et les lipomes *inguino-scrotaux*.

Nous sommes convaincus que les lipomes primitifs du cordon naissent aux dépens du tissu cellulo-graisseux réparti autour des organes de la région, sans venir forcément, comme on l'a cru, du péritoine.

II. Les FIBROMES purs sont rares. Ils sont généralement unilatéraux et peu volumineux. Néanmoins, dans un cas de Villard, la tumeur pesait 15 kilos.

D'après leur siège primitif, nous divisons les fibromes du cordon en trois catégories : fibromes inférieurs ou péri-épididymaires; fibromes supérieurs ou inguinaux; et fibromes moyens ou funiculaires proprement dits.

Macroscopiquement, la tumeur est dure, lisse, régulière, encapsulée, de couleur blanchâtre. Dans quelques cas, elle englobe les organes génitaux, d'ailleurs sains.

Microscopiquement, il s'agit de fibrome fasciculé. Parfois, c'est un fibro-myome ou un fibro lipome.

Ces fibromes tirent évidemment leur origine du tissu conjonctif du cordon, peut-être du reliquat fibreux du canal péritonéo-vaginal, ou même du tissu celluleux péri-épididymaire.

III. Les MYOMES et FIBRO-MYOMES appartiennent tantôt à l'épididyme, tantôt au cordon proprement dit. Leur volume oscille entre celui d'une noix et celui d'une mandarine; leur surface est lisse, régulière; leur consistance dure et élastique. La tumeur peut être très adhérente à la vaginale; l'hydrocèle est fréquente.

Microscopiquement, il s'agit toujours de *léio-myomes*. Dans un cas personnel, il s'agissait de *léio-myome malin*.

Ces tumeurs se forment aux dépens des fibres musculaires lisses de l'épididyme ou du déférent.

IV. Les SARCOMES siègent de préférence à la partie tout inférieure du cordon. Gros ordinairement comme le poing, ils peuvent parfois descendre à mi-cuisse. La tumeur est ovoïde, piriforme, ou bilobée. Elle est bosselée, molle en certains points, dure en d'autres. L'hydrocèle ou l'hématocèle vaginales sont très fréquentes. La peau n'a été vue ulcérée que dans le cas de Lejars. On n'a pas noté d'engorgement ganglionnaire.

Histologiquement, on a affaire à un sarcome fasciculé ou à un sarcome à myéloplaxes, parfois à un sarcome à tissus multiples (lipo-myo-sarcome), exceptionnellement à un sarcome à cellules rondes.

Toutes ces tumeurs naissent, cela va sans dire, dans le tissu conjonctif du cordon.

V. Les TUMEURS MIXTES et TÉRATOMES du cordon appartiennent toutes au type conjonctif. Ce sont des myxo-sarcomes, des myxo-chondro-sarcomes, des myxo-lipo-fibro-sarcomes, etc. Elles doivent, selon toute vraisemblance, être rattachées aux restes embryonnaires de la région : elles se développent sans doute aux dépens du vas aberrans de Haller, du paradidyme de Waldeyer, ou des autres organes transitoires que renferme le cordon.

VI. Quant aux *carcinomes*, nous n'avons pu en recueillir qu'une observation authentique (Tédenat). Dans ce cas aussi, la tumeur paraît avoir eu une origine wolfienne.

SYMPTÔMES. ÉVOLUTION. DIAGNOSTIC.

Nous ne saurions insister ici sur toute la partie clinique, qui demanderait quelques détails. Nous avons essayé de montrer que, grâce à certains groupements de symptômes, il était possible de reconnaître une tumeur du cordon, et parfois même de soupçonner sa nature histologique. Dans la règle, cependant, le diagnostic est des plus difficiles et expose à bien des erreurs.

TRAITEMENT

Dans le cas de *tumeur bénigne*, on en pratiquera l'extirpation en respectant testicule et déférent.

Dans le cas de *tumeur maligne*, l'extirpation sera large ; on enlèvera

en masse le testicule, la tumeur et le cordon; celui-ci sera réséqué le plus haut possible.

Les *résultats éloignés* sont difficiles à apprécier, faute de documents. La récidive est fréquente et précoce dans les tumeurs mixtes et dans les tumeurs malignes.

Lipomes du cordon spermatique (*Lyon médical*, 5 décembre 1909).

Il s'agit de deux malades opérés par M. le professeur Jaboulay pour des tumeurs du cordon spermatique, ressemblant à des épiplocèles irréductibles.

Dans un cas (homme de 28 ans) il s'agit d'un lipome moniliforme, entourant complètement un conduit étroit, interrompu par plusieurs stigmates, et constituant le reliquat du canal péritonéo-vaginal auquel il adhérait; il n'y avait pas de hernie.

Dans le second cas (homme de 45 ans) on avait affaire à une masse lipomateuse, assez volumineuse, remontant dans le canal inguinal, mais sans relation avec le péritoine; on ne trouva pas de vestige du canal péritonéo-vaginal; la vaginale renfermait un peu de liquide citrin.

Dans les deux cas, l'ablation fut facile, sans léser aucun élément du cordon spermatique; il n'y avait pas d'élargissement appréciable du canal inguinal.

2° URÈTRE

Tuberculose urétrale et péri-urétrale. Urétrites tuberculeuses. Rétrécissements tuberculeux de l'urètre (En collaboration avec M. X. Delore, *Gazette des hôp.*, 9 mai 1908, et *Ann. des org. génito-urinaires*, 1908).

Ce mémoire a eu pour point de départ deux observations typiques de tuberculose urétrale.

1° La tuberculose peut porter sur les parois mêmes de l'urètre et donner naissance, soit à des urétrites tuberculeuses, soit à des rétrécissements tuberculeux.

a) L'urétrite tuberculeuse comporte une anatomie pathologique, une symptomatologie, un pronostic et un traitement tout différent, suivant qu'elle est postérieure ou antérieure. La première, bien soignée, rétrocède souvent sans laisser de trace; la seconde a, au contraire, un pro-

nostic grave, qui tient non pas à l'urétrite elle-même, mais à sa tardive apparition au cours d'une tuberculose génito-urinaire ou pulmonaire avancée.

b) Les rétrécissements tuberculeux de l'urètre, connus depuis moins longtemps, généralement peu serrés, présentent une forme scléreuse, une forme nodulaire et enfin une forme hypertrophique et sténosante individualisée par Hartmann et qu'il convient de rapprocher des tuberculoses hypertrophiques du cæcum ou du rectum. Ces rétrécissements tuberculeux sont le plus souvent secondaires à une atteinte tuberculeuse du canal, mais on peut les voir constituer une maladie primitive et isolée; le cas d'Hartmann en est une preuve convaincante.

2° La tuberculose, en d'autres circonstances, se localise primitivement ou secondairement sur les organes situés au voisinage immédiat du canal. Elle constitue alors la péri-urétrite tuberculeuse, et à ce propos nous étudions successivement les divers abcès froids péri-urétraux, notamment les cowpérites tuberculeuses bien étudiées par Hartmann et Lecène, et les abcès froids des corps caverneux.

3° VERGE

Emasculation totale pour cancer de la verge ; résultat éloigné (*Lyon médical*, 6 septembre 1908).

Epithélioma de la verge ; amputation totale du pénis ave évidement complet des deux aines (ablation en un sol bloc) (Avec M. L. Bérard, *Lyon médical*, 24 octobre 1909).

4° REINS

Néphrectomie pour tuberculose rénale au début (*Lyon médical*, 1er décembre 1907).

Néphrectomie pour pyonéphrose de nature indéterminée ; petit myome du rein (*Lyon méd.*, 1er décembre 1907).

Cancer du rein droit enlevé par néphrectomie lombaire. Guérison datant de plus de deux ans (*Lyon médical*, 18 avril 1909).

5° GYNÉCOLOGIE

De l'ouverture spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux
(*Revue de gynécologie*, janvier 1909).

Dans cet article, écrit en collaboration avec le Dr Violet, nous rapportons 3 cas personnels d'ouverture spontanée dans la vessie de pyosalpinx tuberculeux. Aucune observation de ce genre n'avait jusqu'ici été publiée, sauf une de Fernet et Derville, d'ailleurs sujette à caution, car elle n'a été contrôlée ni par l'opération, ni par l'autopsie. Il est probable qu'un certain nombre d'observations de salpingites ouvertes dans la vessie ont trait à des annexites tuberculeuses dont la véritable nature a passé inaperçue. Dans nos 3 observations, l'origine bacillaire a été nettement établie, et même, dans un cas, nous avons pu déceler l'existence de lésions tuberculeuses au niveau de la paroi vésicale perforée.

Dans l'un des cas, l'ouverture vésicale était assez large pour permettre l'introduction de l'index. Dans les deux autres cas, elle était si minime qu'elle ne fut pas aperçue au cours de l'intervention, cachée qu'elle était au milieu d'épaississements du péritoine pelvien; il existait là, à côté des lésions tuberculeuses des annexes, des lésions de pelvi-péritonite bacillaire avec petites loges renfermant de la matière caséeuse ou même du liquide purulent mal lié. La perforation de la vessie s'était produite au niveau d'une de ces collections intra-péritonéales d'origine annexielle; la communication était *péritonéo-vésicale*. Dans le premier cas, au contraire, elle était franchement *tubo-vésicale*.

Cliniquement, cette ouverture des pyosalpinx tuberculeux dans la vessie est loin de constituer un accident aigu. Elle se traduit seulement par l'apparition de pus dans les urines. Dans un cas, nous avons nettement remarqué que la pression exercée sur la poche abdominale faisait sourdre du pus par une sonde placée dans la vessie. La cystoscopie est des plus utiles : en cas de perforation large, placée en un point facilement accessible, elle montrera l'orifice, plus ou moins irrégulier, distinct de celui des uretères; s'il s'agit d'une perforation petite et inaccessible, elle permettra de constater que le pus ne vient pas des uretères et que, malgré l'abondance de la pyurie, la muqueuse vésicale ne présente pas de lésions de cystite. De nos observations il ressort en effet que, en dehors de la perforation, la vessie reste indemne, au moins un certain temps, et qu'il n'y a, malgré la pyurie, aucun ou pres-

que aucun phénomène de cystite. Cette dissociation de symptômes : pyurie assez abondante, d'une part, et absence de phénomènes de cystite, d'autre part, fait conclure à une origine exogène du pus vésical et, si la cystoscopie ne le montre pas venu du rein, on est amené à soupçonner l'issue d'une collection pelvienne dans la vessie. Enfin, au point de vue symptomatique, les malades se présentent, non comme des « urinaires », mais comme des « abdominales ».

La perforation vésicale expose la malade à une tuberculisation secondaire des voies urinaires et constitue une indication de plus à l'intervention. Celle-ci doit consister en une hystérectomie abdominale totale, avec drainage vaginal et fermeture complète de la paroi abdominale. Quant à la perforation vésicale, si elle est reconnue, le mieux est d'aviver les bords de la perte de substance et de la suturer à 2 ou 3 plans au catgut. Lorsqu'elle est minuscule, il peut être impossible de la reconnaître au cours de l'opération, mais en se contentant de la laisser au-dessous de la péritonisation, on s'expose à une fistule vésico-vaginale temporaire, ce qui est arrivé dans un des deux cas où cette conduite fut tenue; la fistule, du reste, se ferma spontanément au bout de deux mois et demi.

Les 3 malades qui font l'objet de notre travail ont complètement et parfaitement guéri.

Fibrome kystique suppuré de l'utérus observé dans le décours d'une fièvre typhoïde (Avec M. X. Delore, *Lyon médical*, 12 mai 1907).

Grossesse tubaire isthmique (Avec M. Violet, *Lyon médical*, 29 décembre 1907).

Opération de Wertheim pour néoplasme du col utérin avec léger envahissement du vagin (*Lyon méd.*, 1er décembre 1907).

Hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour volumineux cancer du col utérin (*Lyon méd.*, 28 juin 1908).

Cancer du col utérin avec hydrosalpinx bilatéral et ganglions hypogastriques : opération de Wertheim (*Lyon méd.*, 9 août 1908).

Dégénérescence néoplasique des deux ovaires et d'une trompe au cours d'un cancer du col utérin (Avec M. Violet, *Lyon médical*, 23 août 1908).

E. — OS ET MEMBRES

La tuberculose osseuse (En collaboration avec M. X. Delore). 1 vol. in-18 de 450 pages. O. Doin, éditeur, Paris, 1910.

Cet ouvrage, paru récemment dans la *Bibliothèque de la Tuberculose*, constitue, avant tout, un livre didactique. Nous nous sommes cependant efforcé, dans chaque chapitre, d'apporter, sinon toujours des idées neuves, du moins quelques faits personnels et des aperçus critiques. Il est divisé en deux grandes parties : la première a trait à la tuberculose osseuse en général ; la seconde à la tuberculose de chaque os en particulier. Les localisations tuberculeuses sur les différentes parties du squelette ont été l'objet de développements étendus, en particulier le mal de Pott et le spina ventosa. A propos de chaque article, nous indiquons les avantages de la radiographie, destinée à éclairer bien souvent un diagnostic hésitant et à dicter une thérapeutique active.

Les ostéites tuberculeuses des os longs de la main et du pied : spina ventosa (Avec M. Petitjean, *Gazette des hôpitaux*, 12 et 19 janvier 1907).

Déformation acquise du pied par rétraction des parties molles plantaires (*Lyon médical*, 11 mars 1906).

De la rétraction de l'aponévrose plantaire (*Revue d'orthopédie*, mars 1907).

L'observation de deux malades atteints de rétraction de l'aponévrose plantaire nous a engagé à entreprendre une étude complète de cette maladie, assez rare, et surtout peu connue chez nous.

Anatomie pathologique. — La rétraction de l'aponévrose plantaire peut être uni ou bilatérale. Les lésions siègent à peu près exclusivement au voisinage du bord interne du pied ; en ce point, l'aponévrose est indurée et épaissie, et se présente sous la forme de bandelettes épaisses et tendues du calcanéum aux têtes métatarsiennes. Ces brides offrent souvent, à leur surface, un certain nombre de nodosités. La peau, ordinairement indemne, peut être épaissie et adhérente à l'aponévrose. On rencontre aussi parfois des lésions d'arthrite chronique au niveau du gros orteil. D'où les trois *formes anatomiques* suivantes : 1° forme

aponévrotique pure ; 2° forme cutanéo-aponévrotique ; 3° forme arthro-cutanéo-aponévrotique.

Histologiquement, les lésions sont celles d'une inflammation chronique aboutissant à la sclérose.

Etiologie, pathogénie. — La rétraction de l'aponévrose plantaire s'observe surtout chez l'homme adulte. Dans un de nos cas, elle est apparue à l'âge de 4 ans.

L'influence des traumatismes sur son apparition ne paraît pas douteuse. On l'a vue survenir à la suite de traumatismes de la voûte plantaire avec rupture de l'aponévrose, de fractures de l'astragale, de fractures de jambe (cas personnel). Certains ont incriminé le froid, le rhumatisme, la grippe, les tares nerveuses. Il nous a semblé que, dans quelques cas, la tuberculose inflammatoire pouvait être incriminée.

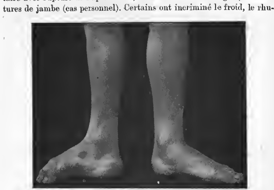


Fig. 18. — Rétraction de l'aponévrose plantaire droite chez un jeune sujet.

L'affection débute le plus souvent de façon insidieuse par l'apparition de nodosités plantaires, puis on constate une induration et une tension spéciales de l'aponévrose sur le bord interne du pied ; si la maladie continue à évoluer, on voit la voûte plantaire se creuser, le pied se dévier en varus, les orteils se fléchir (fig. 18).

Au début, l'affection peut être confondue avec un simple durillon, ou avec les névromes sous-cutanés plantaires. Plus tard, on devra éliminer le pied creux dit idiopathique, les rétractions fibro-tendineuses survenant dans les névrites périphériques, ou consécutives à des brûlures, à des phlegmons de la plante.

Le traitement de la rétraction de l'aponévrose plantaire bien caractérisé peut consister d'abord dans le redressement forcé du pied sous anesthésie ; mais la récidive est de règle. L'aponévrotomie ou mieux l'aponévrectomie donnent de bons résultats (fig. 19). On pourrait aussi recourir, dans les rétractions cutanéo-aponévrotiques, à l'autoplastie par la méthode italienne.



Fig. 19. — Photographies de moulages du pied : A, avant l'opération (aponévrotomie et redressement sous anesthésie). — B, après l'opération.

Rétraction des aponévroses plantaires et palmaires d'origine tuberculeuse (Avec V. Cordier, *Lyon médical*, 26 janvier 1908).

Dans le mémoire précédent nous avons publié 2 observations personnelles de rétraction de l'aponévrose plantaire. En voici un troisième cas intéressant surtout par ce fait que les lésions sont bilatérales et que le malade présente aussi, aux deux mains, une rétraction de l'aponévrose palmaire. Il s'agissait, en outre, d'un tuberculeux avéré.

Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse (*Lyon méd.*, 9 juin 1907).

Luxation de l'épaule en haut : pièce anatomique (Avec M. Tavernier, *Lyon médical*, 26 avril 1908).

Luxation traumatique de l'épaule en haut ; issue de la tête humérale à travers une boutonnière formée par le tendon du muscle sus-épineux, sans fracture concomitante (Avec M. Tavernier, *Revue d'orthopédie*, 1er juillet 1908, fig. 20).



Fig. 20. — Luxation traumatique de l'épaule en haut.

Maux perforants multiples chez un tabétique ; désarticulation de Chopart ; un an après, amputation de jambe à lambeau externe (*Lyon médical*, 27 octobre 1907).

Forme trophique du tabes : maux perforants, pieds tabétiques, résorption du maxillaire supérieur (*Lyon médical*, 27 décembre 1908).

Résection du poignet datant de dix-neuf ans (*Lyon médical*, 8 novembre 1908).

Malade de M. Jaboulay, revu dix-neuf ans après une résection du poignet pour tuberculose. Excellent résultat fonctionnel.

Résultat éloigné (après quatorze ans) d'une résection du genou maintenue au moyen de l'appareil à prothèse externe de Jaboulay (*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1909).

Il s'agit d'un inspecteur d'assurances, âgé de 37 ans, qui, à 18 ans, avait vu se développer progressivement, à la suite d'une chute sur le genou, une tumeur blanche fémoro-tibiale. Quand il entra dans le service de notre maître, M. le professeur Jaboulay, en juillet 1894, cinq ans après le début de l'affection, l'articulation du genou était le siège d'une ostéo-arthrite tuberculeuse suppurée avec fistules. La résection du genou s'imposait. Elle fut pratiquée suivant la méthode d'Ollier. Mais, devant la nécessité de maintenir la coaptation des surfaces osseuses en présence, M. Jaboulay appliqua, pour les unir, un crampon métallique au-devant du fémur et du tibia. Le membre fut ensuite placé dans une gouttière. Quarante-huit jours après, la suppuration était tarie et la cicatrisation à peu près complète. Le crampon fut enlevé. Dès ce moment, la consolidation était parfaite, et le malade put, pour la première fois, appliquer le pied sur le sol. Deux mois après l'opération il sortait guéri de l'hôpital, avec un membre ankylosé en bonne attitude et peu raccourci.

Nous avons revu ce malade le 8 août 1908, c'est-à-dire par conséquent *quatorze ans après sa résection*. Il est très satisfait du résultat obtenu. Depuis, il n'a jamais éprouvé la moindre douleur dans son genou réséqué. Pendant longtemps, il a exercé sans fatigue le métier pénible de portefaix. Actuellement, il marche toute la journée sans la

moindre peine. Le membre est en excellente attitude ; la synostose est complète, comme on le voit sur la radiographie (fig. 21). Le raccourcissement, qui est de 3 centimètres, est corrigé par un talon un peu haut. Il persiste une légère atrophie musculaire au mollet et à la cuisse. Le

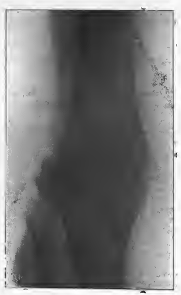


Fig. 21. — Radiographie d'une ankylose complète du genou après une résection datant de 14 ans.

malade jouit d'ailleurs d'un bon état général ; il ne tousse pas, a bon appétit, et offre un embonpoint satisfaisant.

Cette observation est intéressante, car elle constitue un bel exemple de ce que peut donner la résection du genou pour tuberculose. Or, il n'est pas très fréquent de pouvoir en constater les résultats éloignés. Chez notre malade, l'opération date de quatorze ans, et le résultat est parfait. Ce résultat nous paraît devoir être attribué en grande

partie à l'utilisation du *crampon métallique de Jaboulay*, qui fut appliqué immédiatement après la résection, dans le but de coapter les surfaces fémorale et tibiale en présence.

Arthrite pyohémique du genou à streptocoques, consécutive à un abcès latéro-pharyngien également à streptocoques. Guérison par le simple drainage du grand cul-de-sac sous-tricipital (*Lyon médical*, 1910).

III. — Divers

Le nourrisson prématuré non débile (En collaboration avec M. Plauchu, l'*Obstétrique*, juillet 1907).

Rhumatisme articulaire tuberculeux (*Lyon méd.*, 17 avril 1904).

Rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire (*Ann. médico-chirurgicales du Centre*, 21 novembre 1904).

Pathogénie de l'albuminurie orthostatique : son origine fréquemment tuberculeuse (*Presse médicale*, 4 mai 1907).

Tuberculose inflammatoire des artères. Anévrysmes, en particulier de l'aorte, d'origine tuberculeuse (*Progrès médical*, 13 avril 1907).

La scoliose d'origine tuberculeuse (*Lyon médical*, 10 novembre 1907).

TABLE DES MATIÈRES

